

再生障碍性贫血患者血甲状腺激素变化及其意义

浙江省中医院血液科(杭州 310006)

胡致平 沈一平 罗秀素 虞荣喜 郑智茵

某些甲状腺功能正常的非甲状腺病(NTD)患者的血甲状腺激素(TH)含量异常,且与其预后有关^①。我们对36例再生障碍性贫血(再障)患者的血TH含量变化进行了研究,现总结如下。

资料和方法

一、一般资料 本组36例患者均为本院确诊的单纯性再障患者。其中男26例,女10例;年龄15~62岁,平均33.8岁;病程20天~16年,平均19个月;急性型3例,慢性型33例,均符合以下诊断标准。另以健康成人20例作对照。

二、诊断标准

1. 西医诊断标准 采用1987年6月宝鸡会议修订的标准〔中华血液学杂志 1987; 8(8): 封四〕。

2. 中医诊断标准(1)阳虚型: 头晕乏力,畏寒肢冷,面色晄白,纳呆便溏,小溲清长,舌淡胖,脉沉细。(2)阴虚型: 头晕乏力,五心烦热,潮热盗汗,口渴喜饮,舌嫩红少苔,脉细数。

三、用RIA法分别测定健康人和患者的血三碘甲状腺原氨酸(T_3)、甲状腺素(T_4)和促甲状腺素(TSH)含量。同时连续测定每一患者的血红蛋白、白细胞、血小板值3次,取其平均值。

结 果

健康人和36例再障患者的血 T_3 、 T_4 、TSH含量见附表。

附表 再障患者与健康人血 T_3 、 T_4 、TSH含量比较 ($\bar{x} \pm S$)

组 别	n	T_3 (nmol/L)	T_4 (nmol/L)	TSH(mU/L)
健康人	20	2.14 ± 0.60	102.06 ± 14.41	4.37 ± 1.52
再障患者	36	$1.61 \pm 0.64^{**}$	$86.40 \pm 24.56^*$	4.36 ± 1.90
阴虚型	17	1.64 ± 0.60	102.80 ± 18.82	4.33 ± 2.70
阳虚型	19	1.60 ± 0.71	$72.34 \pm 20.00^{\Delta}$	4.40 ± 1.31

注: 与健康人比较, $^*P < 0.05$, $^{**}P < 0.01$; 与阴虚相比, $^{\Delta}P < 0.001$

再障患者 T_3 含量明显低于健康人($P < 0.01$),有非常显著差异; T_4 含量再障患者亦明显低于健康人($P < 0.05$),有显著差异。 T_3 含量阴虚型和阳虚型间无明显差异($P > 0.05$); T_4 含量阴虚型显著高于阳虚型($P < 0.001$),有极其显著差异。阳虚型和阴虚型在年龄、性别、血红蛋白、白细胞、血小板值和骨髓增生程度上无显著差异($P > 0.05$)。

讨 论

某些NTD患者的TH含量异常,表现为低 T_3 或低 T_3 和 T_4 、或高 T_4 或混合存在,TSH正常,且无甲状腺功能减退的症状和体征,这种情况统称为正常甲状腺病态综合征(ESS)^①。ESS多发生于较严重的全身性疾病中^②。再障患者的TH变化报道极少,可能也与无甲状腺功能减退症状与体征表现有关。

ESS以往都认为是机体对疾病的一种自我适应和调节现象,有自我保护作用^①。我们认为ESS是两种不同机制共同作用的结果。第一已如前述;第二,ESS T_4 下降主要为结合型 T_4 (CT $_4$)降低所致,游离型 T_4 仍然正常^②。CT $_4$ 下降的主要原因是血甲状腺素结合球蛋白(TBG)减少^③和血中存在甲状腺素结合抑制因子(THBI)^④。由于TBG主要在肝内合成,THBI存在于所有正常甲状腺外组织中,当组织受损时则漏出进入血循环,所以ESS也是严重NTD组织受损的表现。我们推测再障时的严重贫血使全身多脏器受损,而致TBG合成减少,并释放出大量THBI,使CT $_4$ 下降。 T_4 下降幅度还与病死率呈正相关^①,但给伴低 T_3 、 T_4 的严重NTD患者口服替代剂量的 T_4 并不能增加生存率^⑤,说明病死率与 T_4 含量无直接关系, T_4 含量的变化仅反映了疾病的严重程度。本组2例死亡者 T_3 、 T_4 均极度下降,1例 T_3 0.46 nmol/L, T_4 43.76 nmol/L; 1例 T_3 0.31 nmol/L, T_4 46.33 nmol/L,与上述文献报道相符。

血TH含量与再障中医分型的关系似未见报道。我们发现阴虚型 T_4 含量明显高于阳虚型。由于阳虚

型预后好于阴虚型⁽⁶⁾，故我们认为阳虚者由于对缺血缺氧状态的充分自我调节和适应，最大限度地发挥了自我保护作用，所以预后较好；而阴虚型则反之，故预后较差。这符合前述第一种机制。

当阳虚发展到阳气衰微或阴虚及阳、阳气浮越欲脱或疾病急速发展而致阳气暴脱之时，则预后恶劣。本组2例死亡者 T_3 、 T_4 均极度下降，临床上都有短气喘逆、汗出如珠、四肢厥冷，鼻衄或齿衄，脉细微欲绝等元气衰微、阳气将脱的表现。这正符合前述第二种机制。

上述两种机制反映了疾病发展的不同阶段或程度，是一个从量变到质变的过程。

参 考 文 献

1. Kaptein Em, et al. Relationship of altered thyroid

hormone indices to survival in nonthyroid illness. Clin Endocrinol 1982;16:565.

2. Chopra IJ, et al. Thyroid function in nonthyroid illness. Ann Intern Med 1983;98:946.

3. Horimoto M, et al. Studies on the pituitary and thyroid function in patients with nonthyroid illness. Nippon Naibunpi Gakkai Zasshi 1988;64(2):119.

4. Oppenheimer JH, et al. Evidence for a factor in the sera of patients with nonthyroidal diseases which inhibits iodothyronine binding by solid matrices, serum proteins, and rat hepatocytes. J Clin Endocrinol Metab 1982;54:757.

5. Brent G, et al. Thyroxine therapy in patients with severe nonthyroid illness and low serum thyroxine concentration. J Clin Endocrinol Metab 1986;63:1.

6. 罗秀素, 等. 再生障碍性贫血辨证分型与体外骨髓造血祖细胞类型的关系, 中国中西医结合杂志 1992;12(3):139.

尿毒清治疗急性肾功能衰竭

中国人民解放军 309 医院肾内科(北京 100091)

张 林 石海滨 周 伟

近两年我们用中药尿毒清冲剂治疗急性肾功能衰竭(ARF)11例,取得满意效果,现总结如下。

临床资料 11例 ARF 中,男6例、女5例;年龄24~70岁,50岁以上者5例。其原发病分别为:一氧化碳中毒、肾病综合征、急性心力衰竭合并休克、急进性肾炎各1例;产后 ARF、急性肾炎各2例;庆大霉素及利福平致 ARF 3例。合并急性肺水肿者3例,高血压者4例,心包积液及胸腹水者3例。临床表现为少尿型者4例,非少尿型者7例。无尿和少尿持续时间最长者22天,最短者2天。治疗前血尿素氮(BUN)16.4~54.3 mmol/L,肌酐(Scr)335.9~1414.4 μ mol/L,内生肌酐清除率(Ccr)0~43 ml/min,血红蛋白(Hb)71~120 g/L。所有病例均符合《实用内科学》诊断标准。

治疗方法 全部患者明确诊断后,即口服中药尿毒清冲剂(广州南方医院生产),其主要成分有大黄、甘草、黄芪、丹参、川芎、制附子、白芍、茯苓等。服法为每次1小包(20g),用温开水冲服,每日4次。同时配合西药治疗原发病及对症处理,其中1例持续无尿16天,进行血液透析8次,当尿量恢复到200 ml/d,即停止透析,继续服尿毒清;1例70岁高龄心力衰竭患者配合腹膜透析7天。

结 果 11例 ARF 患者口服尿毒清冲剂4~6周后,肾功能基本恢复正常,见附表。

附表 治疗前后肾功能变化情况 ($\bar{x} \pm S$)

	BUN (mmol/L)	Scr (μ mol/L)	Ccr (ml/min)
治疗前	30.49 $\pm$ 10.98	613.96 $\pm$ 338.2	22.8 $\pm$ 14.8
治疗后	8.24 $\pm$ 2.88*	140.66 $\pm$ 36.34*	91.3 $\pm$ 33.89*

注:与治疗前比较, * $P < 0.01$

讨 论 ARF 是由多种病因所致的肾功能急剧障碍,临床以急性少尿或无尿、水电解质紊乱、氮质血症为主要表现的综合征。本病属于中医“癃闭”,其少尿期常以邪实为主,由血瘀、热毒、水湿(三实)和津液耗损(一虚)所致,多尿期及非少尿型则多属脾肾两虚。施治应通腑降浊,消瘀利水,扶正祛邪,温肾健脾。尿毒清方中大黄有通腑降浊、祛瘀导泄和利湿之功效,并可加速排除肠道内 BUN 等;丹参、川芎具有活血化瘀解痉作用,可增加肾脏血流量,提高肾小球滤过率;甘草解毒祛邪;黄芪、制附子、白芍可温肾健脾;茯苓可化湿利尿。因此,尿毒清具有综合调理治疗 ARF 的作用,可促进肾功能的恢复。本组11例均取得显著疗效。我们的体会是,尿毒清对少尿和非少尿型 ARF 均适用,但少尿期持续时间长者可配合临时血液透析或腹膜透析;服用尿毒清时应积极治疗原发病及对症处理。